

Секція: Внутрішні хвороби*Лаба Ілона, Слобода Мар'яна, Балабан Алла***НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИНОЗУ МЕТОДОМ МУЛЬТИСПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №1
 Науковий керівник: проф. Н.І. Ярема
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"
 м. Тернопіль, Україна

Актуальність: Рання діагностика ІХС має велике значення для своєчасного лікування хворих, попередження розвитку ускладнень та зниження рівня смертності. Сьогодні мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) використовується у кардіологічній практиці як неінвазивна діагностика для виявлення атеросклеротичних змін у судинах коронарного русла з оцінкою кальцієвого індексу (КІ).

Мета роботи: Провести кількісну оцінку коронарного кальцинозу з підрахунком кальцієвого індексу у пацієнтів з ІХС за допомогою 16 зрізової МСКТ для виявлення атеросклеротичних змін у вінцевих артеріях, встановлення локалізації та ступеня їх прояву.

Методи: У дослідженні взяли участь 27 пацієнтів (16 чоловіків та 11 жінок) віком 41–80 років з встановленим клінічним діагнозом ІХС. Дослідження проводили на комп'ютерному томографі «Philips Brilliance 64» з обробкою даних на кардіологічній робочій станції «Vitrea 2 Version 3.7». Проведено кількісну оцінку кальцинозу вінцевих артерій з використанням програми «Smart Score» для визначення кальцієвого індексу (КІ) за методом Agatston та підрахунком об'єму коронарного кальцію.

Результати: Під час підрахунку КІ виявлено у 4 пацієнтів КІ в межах 2–10 од., у 8 – від 11 до 99 од., у 11 – від 100 до 399 од. та у 3 – від 400 од. та більше. З врахуванням значень КІ проведено розподіл показників на 4 діапазони: низький, помірний, середній та високий. Встановлено у 4,1 % випадків – низький рівень КІ (1-й ступень кальцинозу), у 32,4 % – помірний рівень КІ (2-й ступень кальцинозу), у 49,1 % – середній рівень КІ (3-ступень кальцинозу), у 14,4 % – високий рівень КІ (4-й ступень кальцинозу). Відзначено чітке зростання КІ при багатосудинному та дифузному характері ураження та відповідно нижчі показники КІ при односудинних та вогнищевих змінах у вінцевих артеріях. Проведення кількісного аналізу коронарного кальцинозу дозволило об'єктивно виявити ознаки коронарного атеросклерозу та визначити його локалізацію, а саме стабільних атеросклеротичних бляшок у судинах коронарного русла. Підрахунок КІ у програмі «Smart Score» дозволив оцінити характер та ступінь прояву атеросклеротичних змін.

Висновок: Вивчення показників КІ при МСКТ є прогностичним критерієм в оцінці тяжкості та перебігу ІХС.

*Лиманець Тетяна***ХАРАКТЕР ЕКГ-ЗМІН МІОКАРДА НА ФОНІ НИЗЬКИХ КУМУЛЯТИВНИХ ДОЗ АНТРАЦИКЛІНІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Кафедра внутрішньої медицини №1
 Наукові керівники: д-р мед. наук, проф. І.М. Скрипник,
 канд. мед. наук, доц. Г.С. Маслово
 ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія"
 м. Полтава, Україна

Наявність супутньої ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на гострі лейкемії (ГЛ) належить до факторів ризику розвитку уражень міокарда, що може бути причиною виникнення гострих коронарних подій на фоні низьких кумулятивних доз антрациклінів (КДА) і обмеження доз поліхіміотерапії (ПХТ).

Мета: оцінити характер ЕКГ-змін на фоні низьких КДА у хворих на ГЛ з урахуванням супутньої ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 93 пацієнти з вперше виявленими ГЛ, віком 16–72 роки, 48 (51,8 %) чоловіків, 45 (48,2 %) жінок, за ECOG I-II. Схеми ПХТ включали антрацикліни. За наявністю супутньої ІХС хворі були розподілені на групи: I (n=57) – хворі на ГЛ без супутньої ІХС; II (n=36) – хворі на ГЛ із супутньою ІХС. Проводили добовий ЕКГ-моніторинг при досягненні КДА від 100 до 200 мг/м² за доксорубіцином, що склала (179,5±24,11 мг/м²) та (172,1±23,15 мг/м²) у хворих I і II груп відповідно.

Результати. За даними добового ЕКГ-моніторингу в I групі у 28 (49 %) хворих при мінімальній фізичній активності на фоні тахікардії виявлені епізоди поодинокі надшлуночкової екстрасистолії (НШЕ), в II групі періоди тахікардії зафіксовані у всіх 36 (100 %) пацієнтів, що супроводжувались виникненням епізодів парних, групових НШЕ у 24 (66,6 %) хворих, епізодами поодиноких шлуночкових екстрасистол (ШЕ) у 19 (52 %), а також збільшенням кількості періодів клінічно значущої депресії сегмента ST – у 29 (80,5 %) і подовженням інтервалу Q-T – у 14 (38,8 %) пацієнтів, що не супроводжувались розвитком типового ішемічного більшого синдрому.

Таким чином, наявність супутньої ІХС у хворих на ГЛ призводить до комплексу порушень біоелектричної активності міокарда у вигляді порушень ритму, провідності і безбольової ішемії міокарда на фоні низьких КДА до 100-200 мг/м².